UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 81

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# Cancer primitif des Voies biliaires principales

ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE ET DE DIAGNOSTIC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juin 1922

PAR

Louis AUBERT

Né à Saint-Pons (Hérault), le 26 Juin 1893

INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

FORGUE, professeur. *Président.*
MASSABUAU, professeur.
ETIENNE, agrégé
LAPEYRE, agrégé.

*Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# CANCER PRIMITIF DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES

## ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE ET DE DIAGNOSTIC

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0139

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# Cancer primitif des Voies biliaires principales

## ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE ET DE DIAGNOSTIC

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 21 Juin 1922**

PAR

Louis AUBERT

Né à Saint-Pons (Hérault), le 26 Juin 1893

INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

EX-EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

FORGUE, professeur. *Président.*
MASSABUAU, professeur, } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé. }
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | MM. | GILIS. |
| Histologie | | VIALLETON. |
| | | GRYNFELTT |
| Physiologie | | HEDON. |
| Physique médicale | | N... |
| Chimie biologique et médicale | | DERRIEN, *doyen.* |
| Botanique et histoire naturelle médicales | | GRANEL. |
| Anatomie pathologique | | MASSABUAU. |
| Microbiologie | | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | | BOSC. |
| Pathologie interne | | N... |
| Thérapeutique et matière médicale | | VIRES. |
| Hygiène | | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et toxicologie | | N... |
| Clinique médicale | | DUCAMP. |
| | | VEDEL. |
| Clinique chirurgicale | | TEDENAT. |
| | | FORGUE, *assesseur* |
| Clinique obstétricale | | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | | MAIRET. |
| Clinique ophtalmologique | | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | | N... |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | | ESTOR. |
| Clinique gynécologique | | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | | MOURET. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | | JEANBRAU. |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

*Secrétaires honoraires:* MM. GOT et IZARD

## Chargés de Cours complémentaires

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | | GRYNFELTT. |
| Clinique propédeutique de chirurgie | MM. | RICHE. |
| Clinique propédeutique de médecine | | RIMBAUD. |
| Clinique des maladies des vieillards | | EUZIERE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | | MARGAROT |
| Médecine opératoire | | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | | ETIENNE. |
| Accouchements | | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie | | GALAVIELLE. |
| Matière médicale | | CABANNES. |
| Clinique des maladies des enfants | | LEENHARDT. |
| Stomatologie | Dr | WATON. |
| Histologie | Dr | GRANEL F. |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecine | MM. LEENHARDT. | Chirurgie | MM. RICHE. |
| | GAUSSEL. | | ETIENNE. |
| | EUZIERE. | | LAPEYRE. |
| | RIMBAUD | Accouchements | DELMAS (P.) |
| | MARGAROT. | Histoire natur. | GALAVIELLE |
| Anatomie | DELMAS (J.) | | CABANNES |
| Chimie | MESTREZAT. | Physique | PECH. |

## Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président.* | MM. ETIENNE, agrégé.
MASSABUAU, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.*

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE

A MONSIEUR J. CATALAN

PROFESSEUR AU COLLÈGE DE CLERMONT-L'HÉRAULT

A MES PARENTS, A MES AMIS

L. AUBERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINTE-MARTHE D'AVIGNON

L. AUBERT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# Cancer primitif des Voies biliaires principales

ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE ET DE DIAGNOSTIC

## INTRODUCTION

L'étude du cancer primitif des voies biliaires principales est de date récente. Il suffit de remonter à quelque quatre-vingts ans, pour trouver dans la littérature médicale le premier cas de néoplasme du cholédoque rapporté en 1840 par Durand-Fardel. Depuis cette date, les cas se sont présentés plus nombreux, mais à vrai dire on les a mieux recherchés. Le cancer des voies biliaires, comme le cancer en général, est plus fréquent qu'on ne le croit. Si le diagnostic n'en est pas toujours facile, c'est que le cancer revêt volontiers des formes latentes ou emprunte une symptomatologie qui impose un diagnostic différent. C'est ainsi que, dans la clinique chirurgicale de notre maître, Monsieur le professeur Forgue, deux malades ont été opérés qui avaient présenté tous les symptômes de la lithiase biliaire et chez lesquels on trouva à l'opération

un néoplasme des conduits biliaires. On conçoit aisément tout l'intérêt qui s'attache à faire un diagnostic exact et précoce, le pronostic et le traitement variant selon l'affection causale. Aussi avons-nous pensé qu'il serait intéressant de nous appuyer sur les deux observations des malades précités pour essayer d'établir la symptomatologie et le diagnostic du cancer des voies biliaires principales.

Nous devons ces deux observations à l'amabilité de M. Roux, chef de clinique chirurgicale. Nous l'en remercions vivement.

Mais d'ores et déjà nous désirons tracer les limites exactes de ce modeste travail. Par voies biliaires principales nous entendons uniquement les trois canaux hépatique, cystique et surtout cholédoque. Nous éliminerons donc les tumeurs de la vésicule biliaire, et, d'autre part, cet exposé étant surtout un essai de diagnostic, nous n'envisagerons pas ici la question du traitement ni les résultats qu'ont pu donner les diverses opérations proposées.

Cependant, pour bien comprendre certains des principaux symptômes du cancer qui nous occupe, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit certaines notions d'anatomie pathologique.

L'étiologie pourra également nous aider dans une certaine mesure à élaborer notre diagnostic.

Nous jugeons donc utile de consacrer un chapitre spécial à ces deux questions, surtout à la première. Nous le ferons, après avoir exposé les deux observations qui nous ont suggéré cette thèse.

# OBSERVATIONS

## Observation I

E. F..., 37 ans, agent de la Compagnie du Midi, entre le 15 juin 1921, à l'Hôpital Suburbain, salle Delpech, lit n° 4. Ce malade souffre depuis le 12 ou 13 mai. Après une période de gastro-entérite, est apparue une crise douloureuse, très violente, qui a eu pour siège les deux hypochondres, les lombes, et qui a présenté des irradiations ascendantes.

Le malade est resté en crise jusqu'au 27 ou 28 mai, avec des alternatives de paroxysme et de calme. Puis les douleurs ont disparu à gauche et se sont localisées du côté droit.

A ce moment a commencé une deuxième période marquée par l'apparition de l'ictère avec urines foncées et matières décolorées.

Cet ictère a débuté brusquement et a coïncidé avec un changement dans le siège de la douleur qui est devenue plus interne, médiane, épigastrique et péri-ombilicale avec irradiations dans l'épaule droite.

Les douleurs surviennent par crises paroxystiques ; dans l'intervalle des crises, la région demeure endolorie. L'ictère se fonce davantage après chaque crise.

Le 19 juin, se déclare une crise très intense. Le malade est apyrétique, mais des vomissements apparaissent. La région vésiculaire se tend et se met en état de défense. La crise dure jusqu'au 22 juin, au soir. Le 23, au matin, le malade présente un facies pâle, blafard, les yeux sont excavés.

Le pouls bat à 108 pulsations, il est petit.

Localement, on constate une défense musculaire très intense et très étendue dans tout l'hypochondre droit; elle descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les analyses du laboratoire ont donné les renseignements suivants:

Azotémie: 0 gr. 46;

Urines: 750 cc.; densité: 1,018; réaction: acide.

Urée: 23 gr. 7 par litre.

Recherche du glucose: néant.

Recherche de l'albumine: traces.

Recherche des pigments biliaires: abondants.

Le liquide céphalo-rachidien contient des traces de pigments biliaires. Le 23 juin, devant les symptômes présentés par le malade, on décide d'intervenir d'urgence.

Rachianesthésie à la syncaïne. Incision de Kehr. La vésicule biliaire surgit littéralement de l'incision et on ne peut mieux la comparer qu'à une aubergine mûre. Elle est distendue au maximum par une bile très foncée, vert olive, épaisse, visqueuse, difficile à aspirer. On en retire avec l'aspirateur près d'un quart de litre. Une pince à cadre est placée sur le lieu de la ponction et on dirige l'exploration vers la région du confluent cystique. Pour y arriver, il faut décoller les adhérences molles résultant de la poussée de péricholécystite et qui fixent l'épiploon, l'angle hépatique du côlon et le duodénum.

On arrive ainsi en éversant le foie et en tirant sur la vésicule à la région du confluent hépatico-cystique ; là, aucun calcul n'est palpable, on ne trouve aucune induration suspecte, mais le canal hépatique et le commencement du cystique sont très dilatés. Il est clair que l'obstacle siège plus bas.

Pour y accéder, on fait le décollement duodéno-pancréatique. Tout en bas, en arrière, et sur le bord gauche de la veine cave inférieure, on perçoit à bout de doigt un ganglion prévertébral de la grosseur d'une petite amande.

L'exploration de la région rétroduodénale du cholédoque montre alors une dilatation considérable au-dessus d'une nodosité dure, irrégulière, blanchâtre, adhérente à la face postérieure du duodénum, et occupant la région voisine de l'abouchement cholédoco-duodénal. Avec la sonde cannelée, on essaie de séparer cette nodosité dans l'espoir de faire une anastomose cholédoco-duodénale après excision. Il faut y renoncer. Elle fait partie de la paroi même du duodénum et il faudrait réséquer cette paroi intestinale pour l'enlever, ce qui paraît irréalisable et d'ailleurs inutile, vu la généralisation ganglionnaire signalée à côté de la veine cave inférieure.

On établit alors une cholécystentérostomie avec l'anse jéjunale primitive à 15 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal.

### Observation II

H. M..., 60 ans, entre le 10 mai 1921, à l'Hôpital Suburbain pour ictère chronique. Admise d'abord dans un service de médecine, elle passe ensuite dans le service de chirurgie de M. le professeur Forgue.

Antécédents : elle a eu la fièvre typhoïde à 9 ans.

Il y a quatre ans, hémiparésie droite, surtout marquée au niveau du pied et de la jambe droits avec gêne de la marche.

A eu un enfant actuellement vivant et bien portant.

Pas de fausses couches.

L'ictère a débuté en octobre 1920, mais le début de l'affection paraît remonter plus avant.

En effet, depuis deux ans environ, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1919, la malade se plaignait de troubles dyspeptiques vagues, mais elle n'avait eu ni vomissements, ni hématémèse, ni mæléna.

Elle a eu quatre crises douloureuses consécutives, à huit jours d'intervalle pour les trois premières et à un mois pour la quatrième. Ces douleurs rappelaient les crises de cholécystite calculeuse uniquement vésiculaire, caractérisées par une douleur subite et intense au point vésiculaire sans irradiation ascendante, sans ictère, ni température.

Pas de troubles intestinaux. Pas de modification dans l'émission des urines.

Ces crises douloureuses duraient un jour et, dès le lendemain, la malade pouvait reprendre ses occupations ne conservant de ces paroxysmes douloureux qu'une perte d'appétit et quelques malaises. Ces légers troubles duraient quelques jours et s'accompagnaient de digestions pénibles. Après ces crises, il n'y a pas d'ictère, toutefois la malade accuse, dès ce moment, un amaigrissement notable.

Au mois d'octobre 1920, commence la deuxième phase de la maladie par une occlusion intestinale qui s'installe sans crise douloureuse préalable mais qui est très intense. On ne décèle pas la présence du sang dans les selles. Mais

à ce moment apparaissent dans l'hypochondre droit des douleurs avec irradiations ascendantes et accompagnées d'un ictère généralisé qui se fonce progressivement sans période de rémission.

Actuellement, l'ictère est généralisé, intense, vert foncé. L'appétit est capricieux, les digestions satisfaisantes. Il n'y a pas de vomissements.

Les selles sont décolorées.

Les urines sont foncées, verdâtres, choluriques.

L'analyse y décèle la présence de sels et de pigments biliaires. Il n'y a pas d'albumine.

L'amaigrissement est notable. La malade accuse du prurit.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

La malade ne tousse ni ne crache. Elle n'a pas de dyspnée. Pas de palpitations, pas d'œdème des membres inférieurs. Le pouls bat à 96 pulsations.

L'examen local fournit les renseignements suivants :

Il existe une voussure de la région hépatique qui est tendue et douloureuse. Il n'y a pas de masse au siège vésiculaire. Le foie est augmenté de volume. Sa limite inférieure déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Le lobe gauche occupe l'épigastre que son bord inférieur traverse à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et il masque une partie de l'espace de Traube.

La zone pancréatico-duodénale de Chauffard est douloureuse. La douleur est exquise au point cystique, mais la région épigastrique est aussi le siège de douleurs provoquées très intenses.

La rate est percutable et palpable.

Les reins sont volumineux des deux côtés.

Le toucher rectal dénote l'absence de tumeur intestinale.

Au toucher vaginal, on trouve un col petit, non ulcéré. La main abdominale ne sent pas l'utérus.

Les analyses du laboratoire donnent les résultats suivants :

13 mai 1921. Réactions de Hay : négotive ; de Gmelin : positive ; de Gerhardt : négative.

Recherche de l'urobiline : traces normales.

20 mai. Présence de sels biliaires en petite quantité, mais les pigments biliaires sont très abondants.

31 mai. Azotémie : 0 gr. 42 par litre.

On pense à la présence d'un calcul dans le cholédoque et l'on décide l'intervention.

Rachianesthésie. Incision de Kehr.

On trouve la vésicule biliaire dilatée et remplie d'un liquide filant. L'index droit introduit dans l'hiatus de Winslow, d'ailleurs peu perméable, constate l'existence d'une nodosité néoplasique qui se prolonge dans le cholédoque au-dessous de l'embouchure du canal cystique.

Tellés sont les deux observations respectives de ces deux malades qui ont présenté cliniquement les symptômes d'une lithiase biliaire et chez lesquels l'intervention chirurgicale a révélé non point la présence d'un calcul, mais celle d'un néoplasme du cholédoque. La difficulté d'un pareil diagnostic, due au masque trompeur que prend parfois l'affection qui nous occupe, nous a engagé à rechercher les symptômes particuliers du cancer des voies biliaires principales et à tenter un essai de diagnostic avec les principales maladies qu'il peut simuler.

## ETIOLOGIE

1° *Sexe.* — Le cancer des voies biliaires principales est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, à l'inverse du cancer de la vésicule biliaire qui atteint un pourcentage cinq fois plus élevé chez le sexe féminin.

2° *Age.* — Le cancer des voies biliaires se développe surtout chez les personnes âgées (entre 60 et 70 ans). Cependant le malade de notre première observation n'avait que 37 ans.

3° La concomitance du cancer des voies biliaires et de la lithiase biliaire est trop rare pour que l'on puisse établir entre eux une relation de cause à effet.

Néanmoins Dieulafoy prétend qu'il y aurait fréquemment des calculs dans la vésicule, lors du cancer des voies biliaires et absence de calculs dans le cas de cancer de l'ampoule de Vater.

Il convient cependant de faire remarquer que la lithiase biliaire accompagne beaucoup plus fréquemment le cancer de la vésicule que celui des canaux biliaires.

4° *Hérédité.* — Dans la plupart des cas, elle paraît n'avoir joué aucun rôle dans la genèse de cette affection.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous devons envisager trois points successifs : la tumeur cancéreuse elle-même, l'état des voies biliaires et celui des organes sur lesquels retentit la présence de la tumeur.

### I. — La tumeur cancéreuse

A. *Son siège.* — Nous avons précisé au début de ce travail ce que nous entendions ici par voies ou canaux biliaires principaux. Il est uniquement question du canal hépatique, du cystique et du canal cholédoque formé par la réunion des deux premiers en un point que nous appellerons le confluent cholédoco-hépatico-cystique.

Comme nous le verrons par la suite, la présence du néoplasme sur telle ou telle portion de ces divers canaux, s'accompagne de symptômes divers, aussi importe-t-il de rechercher avec quelle fréquence le cancer occupe chacune des diverses portions de ce réseau biliaire. Les auteurs sont d'accord pour admettre que le siège de prédilection est le canal cholédoque et le confluent cholédoco-hépatico-cystique. La fréquence de la localisation du cancer en ce dernier point est principalement due à la brièveté des voies biliaires. Pour peu que le néoplasme se

développe, il a tôt fait d'atteindre ce confluent et de gagner ainsi les trois canaux à la fois.

Après le cholédoque et le confluent, c'est sur le canal hépatique que se développe le plus fréquemment le cancer; quant à sa localisation sur le cystique elle serait très rare.

B. *Aspect de la tumeur.* — Loin de présenter dans tous les cas une morphologie unique, le cancer des voies biliaires se développe sous des formes variées.

*a*) Il peut affecter la forme d'une virole néoplasique qui enserre le canal intéressé. Cette virole est bien limitée, sans tendance à envahir le tissu ambiant. La face interne est à peine exulcérée.

*b*) Dans d'autres cas, le néoplasme s'étend en longueur sur les parois des conduits biliaires qu'il transforme en un tube rigide et épais.

*c*) Ou bien encore, on a une petite tumeur, du volume d'un pois ou d'une cerise, bien limitée, implantée par une base sessile sur la paroi du conduit et faisant toujours saillie à l'intérieur du canal. La surface est légèrement exulcérée.

*d*) Enfin, la tumeur, née sur un point des conduits biliaires, pousse dans les canaux des prolongements qui en remplissent la lumière sans adhérer à leurs parois. Cette variété est connue sous l'appellation de « cancer villeux ».

En résumé, outre le polymorphisme de la tumeur, il est un autre caractère qu'il importe de bien mettre en évidence, c'est le petit volume de la lésion quelle que soit la forme qu'elle adopte. Ajoutons que cette lésion ne se généralise guère et, si elle le fait, ce sont surtout le foie et

les ganglions péricholédociens qui sont le siège de ses métastases.

Signalons encore ici l'adhérence intime que nous avons notée, dans notre première observation, entre la nodosité du cholédoque et la paroi du duodénum. Nous n'avons vu signalé le fait dans aucune des observations ou publications dont nous avons pris connaissance pour composer ce travail.

## II. — Etat des voies et de la vésicule biliaires

C'est surtout l'étude de la vésicule biliaire qu'il importe d'étudier et nous ne saurions mieux faire que de citer la loi de Courvoisier. Terrier qui trouve ici son application: « La vésicule biliaire se dilate dans les obstructions cancéreuses, se rétracte dans les enchâtonnements calculeux ». Cette loi si utile pour différencier le cancer de la tête du pancréas (syndrome de Bard et Pic) de la lithiase biliaire nous permettra de la même façon d'établir un diagnostic différentiel entre cette dernière affection et le cancer des voies biliaires, mais pour l'instant occupons-nous de rechercher si cette loi ne souffre pas d'exceptions et quelles sont les causes qui produisent une hypertrophie ou une rétraction de la vésicule selon qu'il y a cancer ou lithiase.

On admet que la dilatation de la vésicule est presque de règle dans le cas où le cancer a pour siège le canal cholédoque; elle est fréquente et s'observe au moins dans la moitié des cas si le siège du cancer est au confluent cholédoco-hépatico-cystique. Au contraire, la rétraction est fréquente dans le cancer de l'hépatique. Dans les premiers cas, en effet, le siège du cancer étant bas situé, on

conçoit que la bile s'accumule d'abord dans la vésicule dont elle augmente le volume tandis que, dans le cas de cancer de l'hépatique le néoplasme forme, en quelque sorte, bouchon à la partie supérieure du tractus biliaire excréteur. La bile ne peut plus arriver à la vésicule qui s'atrophie.

Mais pourquoi observe-t-on une dilatation de la vésicule s'il y a néoplasme alors que l'on a rétraction de cet organe dans le cas de calcul, même si ce dernier a pour siège le canal cholédoque? Plusieurs théories se sont proposées d'expliquer ce fait.

Pour Hanot, les microorganismes produisent des lésions inflammatoires avec formation de brides fibreuses qui étoufferaient par leur rétraction le réservoir vésiculaire. Or, l'infection est rare dans le cancer et fréquente dans la lithiase.

Cochez explique la rétraction dans le cas de lithiase par le fait que les calculs, même s'ils siègent sur le cholédoque, proviennent du canal hépatique ou du canal cystique. A leur point de départ, ils ont provoqué des déchirures suivies de rétraction qui suppriment la lumière du canal, d'où impossibilité pour la bile de parvenir jusqu'à la vésicule qui s'atrophie.

Mocquot (Thèse de Paris, 1909) a repris la question et a apporté dans sa thèse le résultat d'expériences faites sur le chien et le lapin et le résultat d'observations cliniques. Il fait jouer un rôle à l'altération de la vésicule dont l'infection produit la rétraction. Mais il insiste surtout sur le mode dont s'établit la sténose des canaux biliaires. Si cette sténose est brusque et complète (comme cela se voit fréquemment avec les calculs) il y a rétraction de la vésicule. Au contraire, on constate une dilatation dans le cas de sténose lente dont le type est réalisé par le cancer.

En somme, la lésion n'agit pas par sa nature, elle agit mécaniquement et l'état de la vésicule est fonction du mode dont s'établit cette action mécanique.

Notons, en passant, qu'il existe un phénomène analogué du côté du rein. Une ligature brusque de l'uretère ou un calcul qui en obstrue brusquement la lumière ne s'accompagnent pas de distension du bassinet par l'urine. Mais cette distension existe si la sténose de l'uretère se fait d'une façon lente.

### III. — Etat des différents viscères

L'obstacle à l'écoulement de la bile n'amène pas seulement une dilatation en amont des canaux ou de la vésicule biliaire. La rétention de la bile produit par la suite une hypertrophie du foie.

Quant à la rate, on la voit parfois augmentée de volume. Cette splénomégalie accompagne l'hépatomégalie (2e observation). Signalons enfin la présence possible d'ascite. Peu abondante d'ordinaire, quand elle existe, elle n'est point cependant très rare.

## SYMPTOMATOLOGIE

Ictère chronique avec cachexie progressive et rapide aboutissant à la mort au bout de quelques mois, telles sont les caractéristiques du cancer du tractus biliaire excréteur.

Ici, comme dans le cancer de tout organe, il y aurait lieu d'étudier deux sortes de symptômes :

1° D'une part, les symptômes dus au siège même du néoplasme et qui ici sont fonction de la rétention de la bile et des altérations consécutives du foie (ictère, hépatomégalie).

2° D'autre part, les symptômes dus à la résorption des sécrétions cancéreuses (cachexie, marasme).

Mais nous avons vu plus haut, au chapitre de l'anatomie pathologique, combien petite est d'ordinaire la masse cancéreuse. Même quand elle atteint sont plus grand volume, nous ne la trouvons guère plus grosse qu'un pois ou une cerise et comme elle a peu de tendance à la généralisation, elle ne saurait être le siège d'une résorption toxique bien considérable. Les symptômes graves que l'on observe sont donc dus principalement au rôle mécanique que joue le néoplasme par sa situation. Etudions ces symptômes.

## I. — Symptomes fonctionnels

1° *Ictère.* — Le premier symptôme en date, celui qui attire l'attention du malade ou de son entourage et qui amène le patient à consulter un médecin est l'ictère. Sa constance est pour ainsi dire absolue. Cependant, dans un seul cas rapporté par Durand-Fardel il a fait. défaut Mais c'est là un cas unique.

Son début est d'ordinaire insidieux. Parfois, il est précédé de troubles digestifs assez vagues ou de légers malaises.

Dans les deux observations que nous rapportons, nous avons vu s'écouler, avant l'apparition de l'ictère, toute une période caractérisée par la présence de troubles gastro-intestinaux.

Dans d'autres cas, il est à lui seul le symptôme du début; apparaissant d'abord aux conjonctives pour gagner ensuite les téguments. Mais quel que soit le mode d'apparition, il présente avec sa constance presque absolue un second caractère important: il est progressif. D'ordinaire, léger au début, il se fonce par la suite, peu à peu, sans période de rémission, du moins pour la plupart des cas et il aboutit à une coloration très foncée, verdâtre de la peau.

La décoloration des fèces est aussi la règle. C'est là un symptôme important, surtout pour établir le diagnostic différentiel avec d'autres affections telles que la cirrhose de Hanot qui s'accompagne aussi d'un ictère analogue, par ailleurs, à celui du cancer des voies biliaires.

Les troubles cardiaques sont ici peu prononcés et la bradycardie est peu accentuée.

Le prurit est fréquent. Il atteint parfois une grande intensité.

L'examen des urines fournit des renseignements précieux : leur coloration est foncée, la réaction de Gmelin ne manque pas de mettre en évidence la présence abondante de pigments biliaires. Les sels biliaires paraissent y être moins fréquemment et moins abondamment, ainsi que le montre l'observation II.

Enfin, nous savons que les affections de l'appareil biliaire sont fréquemment des affections hémorragipares. Or, nous trouvons encore ici ce caractère. Il n'a certes pas la constance remarquable de l'ictère, de la décoloration des fèces et des urines choluriques, mais on le trouve dans bon nombre d'observations.

Laugier cite un cas qui s'est accompagné d'hémorragies diverses : hématurie, hémorragie de la muqueuse gingivale supérieure, épistaxis. L'hémorragie observée le plus fréquemment est le mæléna.

2° *Troubles digestifs.* — Nous avons déjà dit qu'ils pouvaient précéder l'ictère. D'autres fois ils l'accompagnent. Mais ils n'ont rien de caractéristique et consistent le plus souvent en perte d'appétit ou dégoût des aliments.

3° *Douleur.* — D'après Devic et Gallavardin, la vraie douleur serait peu intense et peu fréquente. Mais d'autres auteurs comme Musser, Brenner, Lancereaux ont insisté, au contraire, sur la présence de ce symptôme. Lorsqu'elle existe, la douleur prend souvent un masque trompeur et peut en imposer pour une crise de colique hépatique. Les deux cas que nous publions en sont chacun un exemple typique à tel point que pour chacun d'eux le diagnostic clinique de calcul du cholédoque avait pu être porté.

Chouppe a également rapporté un cas de carcinome siégeant à l'embouchure du canal cystique et qui avait pris le masque d'une colique hépatique.

Outre la douleur spontanée on peut observer aussi une douleur provoquée. Chez le malade de l'observation II, nous avons signalé, en effet, l'intensité des douleurs provoquées au niveau de la zone pancréatico-duodénale de Chauffard. On détermine cette zone en menant par l'ombilic une verticale et une horizontale. Du côté droit du malade, on détermine ainsi un angle droit dont on mène la bissectrice, et sur cette dernière ligne, on recherche à 5 centimètres environ au-dessus de l'ombilic le point douloureux.

## II. — Symptomes physiques

1° *Tumeur.* — La palpation ne peut guère fournir ici de renseignements. Le néoplasme des voies biliaires est, en effet, de volume bien trop restreint pour que l'on puisse percevoir à travers la paroi abdominale, la masse cancéreuse. La présence même d'une tuméfaction orientera le diagnostic dans un autre sens et l'on pensera aux néoplasmes qui acquièrent des dimensions plus considérables; en particulier, le cancer de la tête du pancréas. La recherche de ce signe sera donc toujours utile puisqu'il aidera à faire le diagnostic différentiel entre deux affections qui ont des caractères communs.

2° *Hypertrophie du foie et état de la vésicule.*— Le foie est, en général, augmenté de volume. Cette hypertrophie est un symptôme facile à observer, surtout chez le sujet cachectisé. Le foie volumineux déborde, par en bas, les fausses côtes; la percussion et la palpation de son bord

inférieur permettent de délimiter cet organe et de constater les dimensions anormales qu'il a acquises.

Cette hépatomégalie est le résultat d'une cirrhose biliaire ascendante et non d'une généralisation, car nous avons dit combien cette dernière était rare.

Quant à l'état de la vésicule biliaire, nous avons insisté suffisamment au chapitre de l'anatomie pathologique pour bien comprendre les renseignements que peut fournir cet organe. Nous savons que cette vésicule est, en général, dilatée si le cancer siège sur le cholédoque ou au confluent cholédoco-hépatico-cystique, alors que l'on observe sa rétraction dans le cas de cancer du canal hépatique et dans le cas de lithiase biliaire.

Les deux premières variétés de siège du cancer des voies biliaires étant les plus importantes, nous avons là un grand élément de diagnostic différentiel entre néoplasme et lithiase. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

3° *Splénomégalie et ascite.* — La splénomégalie accompagne fréquemment l'hypertrophie du foie. Certains auteurs ont vu dans l'hypertrophie ou non de la rate, un signe différentiel entre les cirrhoses et le cancer. Mais la présence parfois constatée (observation II) de splénomégalie dans le cancer des canaux biliaires, montre que cette règle souffre des exceptions. Quant à l'ascite, elle existe assez souvent. Mais elle est d'ordinaire peu abondante. Cependant Cade et Pallasse ont rapporté un cas de cancer des voies biliaires s'accompagnant d'une ascite qui, à la ponction, avait donné 5 litres de liquide.

### III. — Symptomes généraux

1° *Cachexie.* — Dès que l'ictère a apparu, on voit s'installer un amaigrissement qui progresse d'une façon nota-

ble. La cachexie fait de rapides progrès à tel point que le malade succombe au bout de quelques mois. L'issue fatale se produit entre 2 et 6 mois, il est rare que le malade dépasse 8 mois.

2° *Température.* — Le cancer des voies biliaires ne s'accompagne pas comme le cancer de la tête du pancréas d'hypothermie. La température paraît être le plus souvent normale, parfois cependant la fièvre se déclare. On s'est demandé si cette dernière n'était pas fonction d'une infection toujours possible.

Etienne a rapporté un cas de cancer du cystique ayant évolué sous une forme pyoseptique, mais ici le cholédoque était oblitéré par un ascaris qui a été sans doute l'agent de l'infection. Leclerc a également rapporté le cas d'un cancer des voies biliaires avec angiocholite d'où température élevée à grandes oscillations allant de 37° à 40°.

D'ailleurs, on conçoit aisément que l'infection puisse se produire. On sait que la bile empêche l'infection des voies biliaires moins par ses propriétés antiseptiques que par son action mécanique de balayage continuel. Or, par suite de son siège, le cancer des voies biliaires devient un obstacle au libre écoulement de la bile qui s'accumule en amont et l'on conçoit que les micro-organismes qui pullulent dans l'intestin puissent remonter le long des voies que ne draine plus la bile et produire ainsi des infections secondaires.

Cependant Bernheim et Simon ont observé un cas de cancer des voies biliaires avec fièvre intermittente à type quotidien sans qu'il y ait eu ni lithiase biliaire, ni angiocholite suppurée, ni péritonite du voisinage.

Certains auteurs pensent que seule la rétention biliaire peut s'accompagner de fièvre et Dieulafoy a écrit : « Chez

des gens atteints d'oblitération permanente du cholédoque, on peut observer des accès de fièvre intense et répétés sans qu'il y ait infection des voies biliaires ».

Toutefois, dans le cancer de la tête du pancréas, on trouve de l'hypothermie.

## DIAGNOSTIC

Parmi tous les symptômes que nous venons de décrire, aucun n'est pathognomonique. Nous pouvons les rencontrer dans différentes affections n'ayant rien de commun avec le cancer des voies biliaires. Aussi importe-t-il de rechercher quelles sont les maladies les plus fréquentes qui présentent des symptômes semblables et comment on peut parvenir à étayer un diagnostic.

Or, nous avons déjà indiqué que le premier et principal symptôme, celui qui donne l'alarme au malade et l'engage à consulter, est l'ictère. C'est donc avec toutes les affections qui présentent aussi ce symptôme que nous avons à faire le diagnostic différentiel.

Nous éliminerons d'abord l'ictère émotif, l'ictère infectieux bénin et l'ictère syphilitique de même que l'ictère que l'on voit apparaître au cours de certaines maladies infectieuses qui présentent par ailleurs une symptomatologie assez caractéristique pour que le diagnostic ait déjà été posé. L'ictère catarrhal prolongé sera aussi éliminé, cependant on se rappellera que ses symptômes et sa durée contribuent parfois à rendre le diagnostic hésitant.

Et, en présence d'un malade qui vient consulter pour une « jaunisse », nous nous rappellerons que ce symptôme peut s'observer le plus fréquemment.

1° Dans certaines affections hépatiques comme la cir-

rhose de Hanot. Mentionnons aussi le cancer de la vésicule biliaire, quoique l'ictère soit ici plus rare.

2° Dans toutes les affections qui produisent une sténose des canaux biliaires et consécutivement une rétention de la bile. Or, la cause de cette sténose peut être dans le canal lui-même qui est alors oblitéré ou en dehors de ce canal qui se trouve plus ou moins comprimé. Ainsi nous pouvons établir le tableau suivant des causes de sténose des canaux biliaires :

| | |
|---|---|
| Cause intra-canaliculaire | Calcul. Cas, de beaucoup, le plus fréquent.<br>Corps étranger : ascaris (très rare). |
| Cause extra canaliculaire | Adénopathie des ganglions du voisinage.<br>Kyste hydatique de la face inférieure du foie.<br>Cancer de l'ampoule de Vater.<br>Cancer de la tête du pancréas et pancréatites. |

Quant au cancer des voies biliaires, il a pour siège la paroi même du canal et il y reste limité (virole, tube), ou bien il fait saillie dans la lumière du canal (tumeur, cancer villeux).

Telles sont les différentes maladies qui ont des symptômes communs avec le cancer primitif des canaux biliaires ; tentons un essai de diagnostic.

1° *Maladie de Hanot.* — Ictère progressif, très foncé avec hépatomégalie sont deux symptômes que nous retrouvons dans les deux affections. Mais ici l'hépatomégalie est très marquée et elle est accompagnée d'une splénomégalie caractéristique et constante.

Les urines dans les deux cas sont riches en pigments biliaires, mais, symptôme important, les fèces ne sont pas décolorées dans la cirrhose de Hanot, tandis que la déco-

loration est la règle pour tous les cas d'ictère par rétention, que cette décoloration soit continue ou intermittente selon que la cause de la sténose forme un obstacle permanent ou passager au cours de la bile.

L'ascite que l'on peut observer dans le cas de cancer des canaux biliaires, fait défaut dans la maladie de Hanot.

Enfin, l'évolution de la maladie elle-même entrera en ligne de compte : la maladie de Hanot a une évolution beaucoup plus lente que le cancer des voies biliaires. Dans le premier cas, on peut escompter une survie de plusieurs années et nous avons vu, au contraire, que les progrès d'une cachexie rapide emportaient en quelques mois le malade atteint de néoplasme des voies biliaires.

2° *Cancer de la vésicule biliaire.* — Nous ne faisons que le mentionner car l'ictère est ici moins accusé, surtout si le cancer demeure limité à la vésicule et n'envahit pas le cystique et le confluent.

La vésicule est sentie à travers la paroi abdominale sous l'aspect d'une masse dure, irrégulière et douloureuse. Le cancer de la vésicule est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et l'on sait, d'autre part, que la lithiase biliaire s'observe aussi plus souvent chez la femme.

3° *Lithiase biliaire.* — C'est souvent avec cette dernière affection que se posera la question : cancer ou calcul ?

Les anamnestiques peuvent parfois fournir certains renseignements. Le sujet a-t-il eu déjà des crises de coliques hépatiques s'irradiant vers l'épaule droite ? Ces crises ont-elles été suivies d'ictère et le malade a-t-il, dans les jours suivants, constaté la présence d'un ou plusieurs calculs dans ses selles ? Cependant la douleur ne suffit

pas à elle seule pour trancher le diagnostic; car, nous avons vu que ce symptôme peut exister aussi bien dans l'une que dans l'autre affection. Bien mieux, dans le cas de cancer la douleur se présente parfois avec le type de crise de lithiase. Pour différencier les deux affections, Lancereaux donne le caractère suivant: lorsque la douleur existe dans le cancer des canaux biliaires, elle est d'ordinaire consécutive à l'ictère tandis que, dans la lithiase, l'ictère apparaît après la douleur. L'explication est la suivante: dans la lithiase, la douleur est provoquée par la migration du calcul qui s'arrêtant en un point du tractus biliaire produit en amont la rétention de la bile et l'ictère consécutif.

Dans le cancer, la tumeur forme d'abord obstacle à la bile, d'où rétention et ictère. A ce moment, les canaux biliaires se contractent pour expulser la bile ainsi arrêtée, d'où douleur. Cette distinction est bien théorique et, dans nos deux observations où l'ictère a été consécutif à la douleur, il s'agissait cependant de cancer.

Un caractère plus important est fourni par l'état de la vésicule. Nous avons déjà suffisamment insisté sur la loi de Courvoisier-Terrier pour ne point y revenir ici. Disons que ce symptôme constitue un important élément de diagnostic.

Hayem donne encore le symptôme différentiel suivant tiré de l'analyse du suc gastrique: il y aurait hyperchlorhydrie dans la cholélithiase simple et hypopepsie dans le cancer.

On a pensé aussi à utiliser la radiographie. Malheureusement, la cholestérine est perméable aux rayons X et les calculs ne sont décelés que s'ils sont recouverts de dépôts calcaires. Ajoutons que l'évolution des deux affections est encore ici bien différente et que dans les cas de simple

lithiase le pronostic demeure favorable car il n'est pas de règle d'observer cette cachexie rapide qui a tôt fait d'amener chez les cancéreux un amaigrissement considérable suivi de mort.

En résumé, chez une personne jeune éprouvant une vive douleur au niveau de l'hypochondre droit avec irradiations ascendantes vers l'épaule, ictère consécutif durant quelques jours et conservation d'un bon état général, nous penserons tout d'abord à la colique hépatique simple. Cette crise peut s'accompagner d'une élevation de température (fièvre hépatalgique de Charcot).

4° *Compression par hypertrophie des ganglions du voisinage.* — Il convient de rappeler que cette adénopathie est elle-même consécutive à un néoplasme d'un autre organe, en particulier de l'estomac. Le plus souvent, le diagnostic en aura déjà été fait. D'autre part, il y aura aussi co-existence de noyaux cancéreux dans le foie et ce dernier présentera les caractères du foie « marronné » (cancer secondaire du foie).

5° *Compression par un kyste hydatique de la face inférieure du foie.* — Ces cas sont très rares. En général, le kyste hydatique du foie ne s'accompagne guère d'ictère.

D'ailleurs, nous nous aiderions de la recherche des symptômes propres à cette affection pour étayer notre diagnostic.

Il importe donc de rechercher par l'inspection s'il n'existe pas une voussure de la paroi due au développement du kyste. Même en l'absence de ce symptôme, on ne négligera pas de rechercher la sensation du flot. De même on tâchera d'obtenir le frémissement hydatique. Malheureusement, ce dernier symptôme, si important lorsqu'il existe, est fréquemment absent.

Le laboratoire apporte aussi ses lumières. La présence, dans le sang, de leucocytes éosinophiles est un bon signe de parasitisme qui permet alors de songer à la possibilité de l'échinococcose.

Weinberg et Faure, en 1909, ont eu l'idée d'appliquer au diagnostic de kyste hydatique la réaction de fixation de complément de Bordet-Gengou (réaction de Weinberg).

De même la radiographie montre, en cas de kyste, une saillie qui soulève le diaphragme ou qui apparaît à la face inférieure du foie.

L'évolution est ici, comme dans les affections précédentes, plus lente, l'état général pouvant se maintenir bon pendant longtemps.

6° *La cicatrice* d'un ulcère du duodénum, les brides et adhérences de *voisinage* sont aussi des causes pouvant entraîner l'oblitération du *cholédoque*. Mais, comme pour les deux cas précédents, ce sont des complications très rares qu'il suffit de signaler.

7° *Cancer de l'ampoule de Vater.* — Ici, le diagnostic différentiel devient plus difficile. Nous savons, en effet, que le cholédoque vient s'ouvrir avec le canal de Wirsung dans l'ampoule de Vater, et l'on conçoit qu'un cancer siégeant sur cette région présentera, à peu de chose près, des symptômes bien analogues à ceux que présente le cancer du cholédoque, puisque nous avons vu, par ailleurs, que le néoplasme siégeait le plus souvent près de l'embouchure de ce canal excréteur. Ceci est si vrai que Rolleston pense que le cancer de l'ampoule de Vater doit être considéré comme un carcinome de la terminaison des voies biliaires. Cette opinion n'est cependant pas

admise par tous les auteurs, et Rendu voit dans cette affection un cancer de l'intestin; Bard et Pic prétendent qu'il s'agi d'un cancer du pancréas, tandis que Hanot fait du cancer de l'ampoule de Vater une affection autonome.

Quoi qu'il en soit, la présence d'une masse néoplasique à l'embouchure du cholédoque aura tôt fait de produire la sténose de ce dernier avec rétention de bile et ictère. Cependant, on a prétendu que l'ictère serait ici intermittent, car les bourgeons cancéreux formeraient une soupape qui parfois laisserait passer la bile.

En outre, le cancer siégeant sur une portion de l'intestin, on a cherché s'il n'y aurait pas certains symptômes intestinaux qui trancheraient le diagnostic. La diarrhée serait en faveur d'un cancer de l'ampoule de Vater, mais elle est loin d'être constante. Plus importante serait la présence d'hémorragies intestinales. Aussi, importe-t-il de rechercher les hémorragies occultes.

8° *Cancer de la tête du pancréas.* — La difficulté d'établir un diagnostic différentiel est ici considérablement accrue, car les deux affections évoluent avec les mêmes signes cliniques. Dans les deux cas l'on trouve un ictère intense avec dilatation de la vésicule, décoloration des fèces et cachexie rapide.

On a toutefois tenté d'indiquer certains symptômes qui seraient en faveur du cancer du pancréas.

Dans cette dernière affection, le foie ne serait pas hypertrophié comme dans le cancer des voies biliaires.

La masse cancéreuse atteint un développement plus considérable et la palpation d'une tumeur à travers la paroi abdominale sera en faveur d'un cancer du pancréas.

Cette dernière affection s'accompagne le plus souvent

d'hypothermie, tandis que la température reste normale ou est plutôt fébrile dans le cancer du cholédoque.

Mais ce sont là des symptômes qui n'ont rien d'absolu et ici encore il a fallu demander aux analyses du laboratoire de trancher un diagnostic hésitant.

Or, le pancréas est un organe à la fois à sécrétion interne et sécrétion externe. Par sa première fonction, il joue un rôle dans la régulation du sucre, dans l'économie. Par sa seconde fonction, son rôle est considérable dans la digestion. Une affection grave de cet organe se traduira donc par une double insuffisance de son double rôle.

C'est pourquoi il conviendra de rechercher la présence du sucre dans les urines. Malheureusement encore, ce symptôme n'est ni constant ni pathognomonique.

D'autre part, grâce à ses trois ferments: trypsine, amylopsine, saponase, le pancréas agit sur les divers aliments: la trypsine, stimulée par l'entérokinase, transforme les peptones venus de l'estomac en acides aminés et polypeptides, l'amylopsine agit sur les hydrates de carbone, qu'elle transforme en sucre, tandis que la saponase assure la saponification et l'émulsion des graisses. Certes, déjà la bile avait sur les graisses une fonction analogue à celle du pancréas; c'est pourquoi, dans les cas d'ictère par rétention due à une affection du tractus biliaire, les selles sont enrobées de graisses. Mais cette stéarrhée est bien plus considérable dans les lésions du pancréas. D'ailleurs, pour mieux analyser l'insuffisance de cet organe, il importe d'avoir recours au repas d'épreuve suivi de l'analyse des fèces.

Après avoir mis le malade au régime lacté pendant quarante-huit heures, on lui donne un repas exactement dosé et comprenant: viande, beurre, pommes de terre, lait, pain. On lui fait prendre un cachet de carmin ou de char-

bon qui colore le repas et l'analyse porte sur les fèces ainsi colorées.

A l'état normal, 100 grammes de graisses absorbées ne laissent que 5 grammes de graisses inemployées ; dans le cas où la bile seule ne passe pas dans l'intestin, il y a 40 à 60 p. 100 de graisses inemployées, mais ce pourcentage atteint 90 p. 100 s'il y a déficit pancréatique.

En outre, dans le cas d'arrêt seul de la bile, on trouve qu'une partie de ces graisses a pu être dédoublée, ainsi qu'en témoigne la présence d'acides gras, de savons. Dans le cas de lésion pancréatique, aucun dédoublement de graisses excrétées ne s'est produit. A la stéarrhée abondante s'ajoute l'hypostéatolyse. Enfin, s'il y a déficit pancréatique, on retrouve au microscope un grand nombre de fibres musculaires dont on reconnaît les striations longitudinales et transversales et les noyaux (signe de Schmidt).

L'absence du suc pancréatique peut être mise en lumière par d'autres moyens, peut-être moins précis mais plus rapides. On donne au malade un cachet de salol qui, sous l'influence du suc pancréatique, se dédouble en phénol et acide salicylique. On recherche ce dernier en traitant les urines par le perchlorure de fer. Normalement, on a une coloration violette qui fait défaut si le suc pancréatique absent n'a pas produit le dédoublement du salol.

Signalons aussi le procédé qui consiste à donner au malade des substances colorantes enfermées dans des capsules de kératine ou de gluten attaquables par le suc pancréatique. La présence de ces substances dans les urines dénote un suc pancréatique normal. Leur absence plaide en faveur d'un déficit pancréatique.

9° *Pancréatites chroniques.* — Il faut y songer aussi. Comme dans les cas de cancer du pancréas, on aura des troubles digestifs dus à l'absence du suc pancréatique et des troubles cliniques dus à la compression du cholédoque par le tissu de sclérose qui envahit le pancréas.

## CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif des voies biliaires principales n'est pas une affection très rare.

II. — Ce cancer atteint surtout l'homme, tandis que le cancer de la vésicule atteint plus souvent la femme, chez qui, par ailleurs, la lithiase biliaire est aussi plus fréquente.

III. — Ce néoplasme peut se présenter sous forme de virole, de tube rigide, de petite tumeur. Mais son volume est toujours peu considérable.

IV. — Selon qu'il siège sur le cholédoque, le carrefour cholédoco-hépatico-cystique ou le canal hépatique, ce cancer produit une dilatation de la vésicule biliaire dans les deux premiers cas, et il s'accompagne d'une rétraction de cette vésicule dans le troisième cas.

V. — Les principaux symptômes de cette affection sont : un ictère foncé, progressif, avec cachexie rapide.

La dilatation ou la rétraction de la vésicule biliaire, l'hypertrophie du foie et parfois de la rate aident au diagnostic.

VI. — Les métastases sont rares.

VII. — Le néoplasme, bien limité, agit surtout mécaniquement, en sténosant les voies biliaires.

VIII. — Le diagnostic, assez facile avec la maladie de Hanot, devient plus difficile avec la lithiase biliaire dont le cancer qui nous occupe prend parfois le masque. Il est encore plus délicat avec le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater et de la tête du pancréas.

Aussi, après avoir recueilli tous les signes cliniques, sera-t-il parfois utile de demander aux analyses du laboratoire d'orienter un diagnostic hésitant.

## BIBLIOGRAPHIE


Bernheim et Simon. — Sur deux cas du cancer primitif des voies biliaires. *Revue méd. de l'Est,* 1887.

Bezançon. — Ictère chronique par rétention biliaire. Obstruction du canal hépatique au niveau du hile. Société anatomique, novembre 1893.

Cade et Pallasse. — Cancer primitif des voies biliaires. Confluent cholédoco-hépatico-cystique. *Lyon médical,* 1908.

Castaigne et Fiessinger. — Maladies du foie et des voies biliaires.

Castex. — Carcinoma de las vias biliares. *Prensa med. Argentina Buenos-Aires,* 1916-1917.

Chappet. — Cancer épithélial primitif du cholédoque. *Lyon médical,* 1894.

Chouppe. — Carcinome du canal cholédoque. *Bull. Soc. anat.,* 1872.

Claisse. — Cancer primitif des voies biliaires. *Bull. Société médicale des hôpitaux,* 1897.

Devic et Gallavardin. — Etude sur le cancer primitif des canaux biliaires cholédoque, hépatique, cystique. *Revue de médecine,* 1901.

Dieulafoy. — Pathologie interne.

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : oblitération permanente du canal cholédoque, 1898.

Durand-Fardel. — Cancer de l'ampoule de Vater. *Presse médicale*, 1896, p. 285.

Etienne. — Forme pyoseptique du cancer du canal cystique. Obstruction du cholédoque par un ascaride. *Arch. gén. de méd.*, 1896, p. 284.

Forgue. — Précis de pathologie externe.

— et Chauvin. — Cancer primitif et intrinsèque du duodénum. *Revue de chir.*, Paris, 1914-1915.

Galavardin. — Cancer primitif des canaux biliaires. *Lyon médical*, 1907, n° 27.

Gaultier. — Calculs des voies biliaires et pancréatites. *Actualités médicale*, 1908.

Giraudel. — Cancer biliaire juxta-hépatique. *Presse médicale*, 27 février 1901.

Gilbert et Claude. — Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie. *Arch. gén. de médecine*, 1895.

Griffon et Dartigues. — Epithélioma du cholédoque. *Bull. Société anat.*, novembre 1896.

Hanot. — Cancer de l'ampoule de Vater. *Société médicale des hôpitaux*, 1896.

Harley. — Traité des maladies du foie.

Jourdan. — Cancer primitif des voies biliaires. *Bull. Soc. anat.*, 1891.

Junquet. — Cancer du pancréas et des voies biliaires. Thèse de Lyon, 1907.

Lacroix. — Cancer des voies biliaires. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913.

Lancereaux. — Traité des maladies du foie et du pancréas.

Laugier. — Retrécissement cancéreux des voies biliaires. *Bull. Soc. anat.*, 1867.

Leclerc. — Un cas de cancer du cholédoque. *Lyon médical,* 1910.

Lecène et Pagniez. — Deux nouveaux cas de cancer juxta-hépatique des voies biliaires. *Arch. gén. de méd.,* 1901.

Mongour. — Précis des maladies du foie.

Netter. — Cancer des voies biliaires. *Bull. Soc. anat.,* 1889, n° 36.

Pallasse et Perret. — Cancer du confluent des voies biliaires. *Lyon médical,* 1912, n° 19.

Pargt. — Cancer primitif du canal hépatique. *Lyon médical,* 1904.

Pic. — Etude sur le cancer du duodénum. *Revue de médecine,* 1894.

Planteau et Cochez. — Cancer primitif juxta-hépatique. *Revue de médecine,* 1903.

Ramond. — Le diagnostic étiologique d'un ictère par rétention. *Journal des praticiens,* 1921, n° 31.

Rheuter et Rebattu. — Cancer primitif des canaux biliaires. *Gazette des hôpitaux,* 1908.

Rolleston. — *The med. chronicle Manchester,* 1896. (Article traduit dans *Presse médicale,* 1896, n° 138.

Terrier et Auvray. — Tumeur des voies biliaires. *Revue de chirurgie,* 1900.

Vincent (Georges). — Cancer de l'ampoule de Vater. Thèse de Paris, 1896.

Vires. — Maladies du foie et du pancréas.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude du Cancer primitif des Voies biliaires principales.*

Par M. Louis Aubert.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 12 juin 1922.

Le Professeur.

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 12 juin 1922.

Le Doyen.

DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 juin 1922.

Le Recteur.

Jules COULET.